

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Richard GRESSE

Né le 25 décembre 1908, à Lucet (Constantine)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

Salpingectomie double

avec Conservation de l'Utérus et de l'Ovaire

dans le Traitement des Annexites bilatérales

Statistique du Service du Professeur MOCQUOT. Résultats éloignés.

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Richard GRESSE

Né le 25 décembre 1908, à Lucet (Constantine)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

Salpingectomie double

avec Conservation de l'Utérus et de l'Ovaire

dans le Traitement des Annexites bilatérales

Statistique du Service du Professeur MOCQUOT. Résultats éloignés.

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

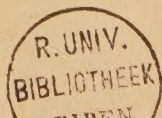
1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT	agréé ... Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	 Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	 Puériculture.
N...	 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MON ONCLE J. RAVOUX

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*En témoignage de notre respectueuse
admiration pour son enseignement cli-
nique et de notre vive reconnaissance
pour les marques de sympathie bienveil-
lante qu'il n'a cessé de nous prodiguer.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre respectueuse gratitude et de notre
entier dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
M. LE PROFESSEUR CUNÉO
M. LE PROFESSEUR NOBECOURT

Externat :

M. LE DOCTEUR ROBINEAU
M. LE DOCTEUR GALLY
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAGUENAU
M. LE PROFESSEUR MOCQUOT
M. LE DOCTEUR L. RIVET
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. TURPIN
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
M. LE DOCTEUR CATHALA

A M. LE DOCTEUR PIERRE SOULIÉ

**Contribution à l'Étude
de la Salpingectomie double
avec Conservation de l'Utérus et de l'Ovaire
dans le Traitement des Annexites bilatérales**

**Evolution du traitement des annexites
dans le sens conservateur.
Radicalisme et conservatisme.**

De nos jours, les Gynécologues n'interviennent dans les Annexites qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, que lorsque cette thérapeutique n'a pu obtenir le refroidissement des lésions.

Sous l'influence du repos, qui est la base même du traitement médical, aidé de la vaccinothérapie, un grand nombre de malades guérissent ; les unes définitivement : il s'agit alors le plus souvent d'annexites puerpérales ; ces guérisons permettent presque toujours des grossesses ultérieures.

D'autres fois, la guérison est moins complète ; à l'examen, il persiste des lésions plus ou moins perceptibles ; mais ces lésions éteintes ne s'accompagnent pas de douleurs ; dans ce cas la stérilité est presque la règle, et c'est elle qui souvent amènera par la suite la malade à consulter de nouveau.

Dans la majorité des cas cependant, le traitement médical s'avère insuffisant. Malgré une thérapeutique patiente et longtemps poursuivie, à la suite de rechutes successives, des lésions importantes, douloureuses, se constituent qui sont incompatibles avec une vie active normale.

C'est dans ce cas que se pose l'indication de l'intervention chirurgicale.

Dans la discussion du traitement à suivre, on envisagera toujours l'état social de la malade : dans la classe aisée, on pourra toujours tenter d'obtenir le refroidissement des lésions, même au prix d'un traitement de longue haleine et notamment des cures thermales.

Dans la classe pauvre par contre, la longue durée du traitement, l'obligation de travailler seront des arguments impérieux en faveur de l'intervention chirurgicale.

La nécessité de l'intervention reconnue, il faudra discuter de l'importance de l'opération : deux tendances s'affrontent dans le traitement des annexites,

- l'intervention radicale ;
- l'intervention conservatrice.

La tendance radicale, la plus ancienne, remonte à Lawson-Tait qui en 1872 apprend la technique et pose les indications opératoires dans les salpingo-ovarites : Lawson-Tait enlève, après laparotomie les trompes et les ovaires en laissant l'utérus, même en cas d'unilatéralité des lésions.

En 1887, Péan pratique la première hystérectomie par voie vaginale pour annexite bilatérale : la voie vaginale, alors moins grave par suite de l'asepsie moins rigoureuse qu'aujourd'hui, ne permettait guère que l'ablation totale des annexes, même en cas d'unilatéralité des lésions. D'autre part la technique en est difficile. Aussi ne résistera-t-elle pas à l'hystérectomie abdominale réalisée pour la première fois par Polk en 1892. Cette opération se répandit rapidement dans tous les pays. Il existe aujourd'hui des procédés multiples s'appliquant à tous les cas et permettant d'obtenir des résultats excellents. Aussi la discussion porte-t-elle uniquement sur le plus ou moins d'extension à donner à ses indications.

Les partisans exclusifs de l'hystérectomie dans le traitement des annexites ne manquent pas d'arguments : « Nos malades, disent-ils, viennent à nous parce qu'elles souffrent : elles nous demandent de les guérir pour mettre un terme à leurs souffrances, et de leur rendre par notre intervention, la possibilité de vivre une vie sociale normale ; seule la castration totale leur donne à coup sûr à cet égard pleine et entière satisfaction : seule, elle les met à l'abri de récidives et d'interventions secondaires. »

Quelle que soit la force de ces arguments, les partisans de la théorie radicale ont le tort de tenir insuffisamment compte de l'étendue et de la gravité des lésions, de l'âge et de la position sociale de leurs malades : la suppression des fonctions utéro-ovariennes ne va pas sans inconvénients chez les jeunes

femmes, et cette suppression dans nombre de cas ne saurait être justifiée par la bénignité de l'hystérectomie.

Déjà en 1892, Doléris réagissait contre les abus du radicalisme : « Trop de mutilations inutiles, pas assez de gynécologie conservatrice », écrivait-il dans un article. Cependant les premières tentatives de conservation restèrent sans lendemain et ce n'est que beaucoup plus tard, après les progrès dans la technique et l'asepsie, que les interventions économiques finirent par s'imposer aux chirurgiens.

En même temps que s'affirmaient les progrès techniques de la chirurgie, les physiologistes précisaient les troubles non négligeables de la ménopause artificielle dus à la castration totale.

Les partisans de la chirurgie conservatrice précisaient les indications des méthodes économiques qui devenaient nombreuses :

- conservation ou restauration de la fonction de reproduction ;
- conservation de la fonction de menstruation ;
- conservation de la corrélation ovarienne,

telles sont les grandes indications de la chirurgie conservatrice.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître l'intérêt primordial qu'il y a à sauvegarder chez la femme la fonction de reproduction. Mais l'unanimité est loin d'être réalisée sur le deuxième point : nombre de chirurgiens n'admettent pas la légitimité de l'in-

tervention conservatrice dans le seul but de conserver la fonction menstruelle : pour eux les troubles de la ménopause chirurgicale sont trop légers pour courir les risques d'une conservation.

Certes les risques de l'opération conservatrice sont réels mais non moins réels sont les troubles entraînés par la castration totale. Bien étudiés par Baron et Debray dans leurs thèses, ces troubles sont de trois ordres :

Troubles cardio-vasculaires : les plus importants sont les bouffées de chaleur qui apparaissent rapidement après l'intervention ; très pénibles, s'accompagnant de transpirations abondantes, elles entraînent une gêne considérable dans la vie journalière. Pailard et Cotte ont également décrit l'hypertension des femmes castrées apparaissant 3 à 6 mois après l'intervention, hypertension portant surtout sur la Minima puis sur la Maxima et particulièrement rebelle au traitement.

Troubles nerveux et psychiques : ils sont fréquents à un degré modéré : troubles de la mémoire intéressant surtout les faits récents, cauchemars, troubles du caractère qui devient irritable, tendance à la mélancolie. Les cas graves sont exceptionnels mais ont été signalés : idées de suicide, psychonévroses survenant d'ailleurs souvent sur un terrain prédisposé.

Troubles du métabolisme : si l'obésité vraie est peu fréquente, on observe par contre souvent une ten-

dance à l'embonpoint due à l'augmentation des réserves nutritives du fait de la castration. On a observé fréquemment chez les opérées de l'hypercholestérimie une augmentation du taux d'azotémie et des troubles du métabolisme calcique étudiés par Dalsace et Leriche qui expliquent l'apparition du rhumatisme chronique chez les hystérectomisées.

Quant à la modification des caractères sexuels secondaires, elle est exceptionnelle et ne se voit que chez les très jeunes opérées.

La technique opératoire pour éviter les troubles de la ménopause chirurgicale varie chez les divers auteurs suivant l'idée de la pathogénie de ces troubles :

- Sont-ils dus à la suppression des ovaires et de leur sécrétion interne, l'aménorrhée n'étant qu'un épiphénomène ?
- Ou bien doivent-ils être attribués à cette aménorrhée, les règles constituant alors un exutoire indispensable à la désintoxication périodique de l'organisme ?

Dans le premier cas, la conservation d'un ovaire ou même d'un fragment d'ovaire suffit à empêcher l'apparition des troubles.

Dans le second cas, il faut, en même temps que tout ou partie du tissu ovarien, conserver au moins une portion suffisante de l'utérus pour assurer la menstruation.

A l'appui de cette dernière conception patho-

génique, Tuffier montrait au Congrès Américain en 1914 que l'hystérectomie avec conservation des ovaires entraînait les mêmes troubles que l'hystérectomie ordinaire avec ablation des ovaires. Que l'on pratique au contraire une greffe ovarienne chez la femme qui a conservé son utérus et ces troubles disparaissent jusqu'à l'atrophie du greffon. Ce sont là des faits indéniables, mais leur explication reste difficile, car le mécanisme intime de l'action de l'ovaire sur l'endomètre est mal connu.

Graves admet une association physiologique entre l'ovaire et l'endomètre.

Zweifel et Abel pensent qu'il existe une dépendance physiologique réciproque entre la muqueuse utérine et l'ovaire.

Fellner et Federoff croient à l'existence d'une sécrétion interne de l'endomètre antagoniste de celle de l'ovaire.

Morris et Vogt essaient de démontrer l'existence d'une sécrétion interne de la muqueuse utérine agissant sur les ovaires pendant la période intermenstruelle : Utérus et ovaire constitueraient donc un tout et pour Rouffart : « Matrice sans ovaire et ovaire sans matrice n'apportent à l'opérée aucun bénéfice au point de vue de la santé générale et peuvent devenir une cause de douleurs et d'opérations secondaires. La dissociation du tout endocrinien utéro-ovarien par l'ablation de l'un de ses éléments constitutifs entraîne chez l'autre l'apparition de troubles dystrophiques dont l'atrophie est le terme ultime. »

Pankow après observation de plusieurs femmes hystérectomisées chez qui on avait laissé les ovaires en place conclut à une action endocrinienne de l'utérus sur l'ovaire.

Pour Opitz, l'ovaire laissé en place favorise l'accumulation de substances qui devraient s'éliminer par voie utérine : pour lui utérus et ovaire forment un tout au point de vue fonctionnel : la suppression de l'un est nuisible à l'autre.

Ancel et Bain ont décrit des cellules épithéliales dans le muscle utérin et concluent à l'image histologique que ces cellules doivent avoir un rôle de sécrétion interne.

Pendant les vingt dernières années de nombreux auteurs ont réalisé des expériences sur les animaux de laboratoire.

Grammatikati, étudiant des lapines, conclut que les ovaires continuent à fonctionner normalement après avoir enlevé les trompes et les utérus (follicules et corps jaunes ne montraient aucune modification d'après l'auteur).

Par contre, Ludwig réalisant les mêmes expériences sur des lapins et des cobayes, examine les animaux après cinq mois et constate l'absence de corps jaunes récents. Il conclut que seul persiste l'appareil folliculaire qui, d'après lui, suffit à assurer la pleine action sécrétoire de l'ovaire.

Zimmermann, étudiant les lapines jusqu'au quatrième mois après l'ablation des trompes et des utérus, constate une dégénérescence microkystique et des

hématomes folliculaires. Il conclut à une action stimulante de l'utérus sur l'ovaire.

Egon, pratiquant l'hystérectomie sur 38 jeunes rats de 60 à 80 grammes, observe dans tous les cas un cycle oestrien irrégulier allant parfois jusqu'à 6 mois, alors qu'il est normalement de 3 semaines. L'auteur admet que les modifications observées dans le cycle œstrien et dans la structure histologique des ovaires sont une suite spécifique de l'extirpation utérine : Il a alors cherché la présence d'une hormone utérine par implantation d'utérus et dans plusieurs cas il a observé une régression nette du di-œstrus. Cependant l'auteur n'admet pas l'existence d'une hormone utérine, car dit-il, il est peut-être possible d'obtenir les mêmes résultats par l'implantation d'autres substances : muscles par exemple. L'auteur affirme donc simplement l'influence stimulante de l'utérus sur l'ovaire : il conclut en disant que l'utérus est le grenier des réserves des ovaires et agit en cette qualité comme régulateur des hormones ovariennes. Sa suppression crée un bouleversement dans l'équilibre endocrinien qui à son tour entraîne des modifications anatomiques et histologiques dans les ovaires : cette hypothèse semble confirmée par le fait que l'extirpation de l'utérus chez la souris vierge n'entraîne aucune modification des ovaires.

Parfénof, après avoir réalisé des expériences similaires, conclut à l'existence certaine d'une hormone utérine et à son action stimulante sur l'ovaire.

Watrin et Brabant, étudiant les effets de l'hystérec-

tomie chez les lapines, montrent que les animaux semblent normaux pendant quelques semaines, puis les lapines n'acceptent plus le mâle, les phénomènes cycliques disparaissent, en même temps que l'on constate une atrophie mammaire. L'examen des ovaires au 3^e mois montre une dégénérescence glandulaire entraînant une atrésie folliculaire avec formation de faux corps jaunes, puis apparition de tissu interstitiel développé aux dépens des théques des follicules atrétiques.

Chez la lapine impubère, l'hystérectomie empêche le cycle menstruel d'apparaître et l'animal devient un être asexué.

Pour les auteurs, chez la femme, on observe après hystérectomie une régression des ovaires. G. Cotte, de Lyon, écrivait tout récemment : « On sait que les ovaires conservés après hystérectomie sont profondément troublés dans leur fonctionnement et plus on avance dans l'analyse des processus fonctionnels de l'appareil génital de la femme, plus on se convainc de la synergie fonctionnelle entre l'endomètre et l'ovaire et de la nécessité qu'il y a de conserver avec l'ovaire une certaine étendue de la muqueuse corporeale. » Pour l'auteur la castration totale est préférable à la conservation des ovaires seuls par suite de leur dysfonctionnement joint aux lésions d'ovarite sclérokystique et de périovarite entraînant des douleurs et des troubles qu'accusent secondairement ces femmes ;

Il condamne donc les interventions laissant l'ovaire seul, de même que celles qui laissent l'utérus seul.

Pour lui les opérations conservatrices ne sont justifiées que dans deux conditions :

- lorsqu'elles laissent la possibilité de grossesse ou, à son défaut, lorsqu'elles laissent persister la menstruation : un tout petit fragment de tissu ovarien suffit, d'après l'auteur, pour assurer la persistance de la menstruation ;
- et dans les cas où l'on a cru laisser l'utérus seul et que les règles persistent, c'est qu'il est resté un fragment d'ovaire.

Mandl et Buerger, puis Burckhardt et Keitler après des expériences en série réalisées sur des lapines observaient une dégénérescence scléro-kystique qu'ils attribuaient aux troubles circulatoires post-opératoires : on sait cependant qu'il est possible chez les lapines d'enlever l'utérus sans léser la circulation ovarienne qu'assure une artère indépendante ; or, on n'empêche pas la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire de se produire lorsqu'on respecte la circulation ovarienne.

Les troubles circulatoires ne sont donc pas seuls à l'origine de la dégénérescence ovarienne : Utérus et ovaire forment un tout endocrinien dont la dissociation détruit l'harmonie physiologique. Les expériences réalisées par Isidor Kross viennent à l'appui de cette hypothèse :

Dans une première série d'expériences, Kross pratique chez des rats l'ablation de l'utérus sans souci de respecter au maximum la circulation ovarienne ; il

observe des signes évidents de dégénérescence ovarienne, dégénérescence qu'il observe dans les mêmes conditions chez des rats dont il avait ménagé au maximum la circulation ovarienne en pratiquant l'hystérectomie.

Dans une deuxième série d'expériences, Kross pratique l'hémi-hystérectomie avec conservation des ovaires : l'ovaire correspondant à la moitié de l'utérus conservé reste normal. Par contre, l'examen de l'autre ovaire montra des signes évidents de dégénérescence.

Enfin, Cirio et Murray publiaient tout récemment sous le titre « Greffes endomyométriales » les résultats d'expériences poursuivies pendant plusieurs années sur des chiennes, expériences suivies d'application pratique dans le domaine chirurgical chez des femmes hystérectomisées.

Ces auteurs ont pratiqué, chez des chiennes préalablement castrées, trois sortes d'expériences :

Dans un premier ordre de faits, ils pratiquent une greffe ovarienne isolée.

Dans un deuxième ordre de faits, ils pratiquent une greffe endomyométriale isolée.

Dans les deux cas, l'examen histologique, quelques mois après l'expérience, montra une dégénérescence avancée des greffons.

Dans un troisième ordre de faits, les auteurs pratiquent une greffe simultanée d'ovaire dans l'épiploon et d'endomyomètre à distance dans une veine ; les résultats obtenus montrèrent que la dégénérescence

des greffons au bout du même laps de temps était beaucoup moins avancée que dans les cas de greffe ovarienne isolée.

Ces expériences particulièrement démonstratives prouvent deux ordres de faits :

L'existence d'une synergie utéro-ovarienne, cette synergie étant rapportée par les auteurs à l'existence de glandes appelées par eux endomyométriales analogues aux glandes myométriales décrites par Ancel et Bouin.

Elles prouvent d'autre part que la conservation de la trompe et des vaisseaux utéro-ovariens ne suffit pas à empêcher la dégénérescence de la glande comme le pensent Desmarest et Relier. Il est nécessaire, pour empêcher cette dégénérescence, non seulement de ménager au maximum les vaisseaux de l'ovaire, mais aussi un fragment suffisant de muqueuse utérine.

En résumé, après tous ces travaux et expériences, les résultats apparaissent contradictoires. Pourtant, peu nombreux sont les auteurs qui, avec Grammatikati n'ont vu que peu de changement dans la structure ovarienne après hystérectomie.

Presque tous les auteurs ont observé des modifications, modifications d'autant plus importantes que les expériences étaient plus anciennes.

Malheureusement, une épreuve sûre pour l'existence d'une hormone utérine manque jusqu'ici. On peut seulement conclure avec de Rouville et Mocquot que « ovaire et utérus forment un tout endocrinien » et qu'il est nécessaire de « conserver l'utérus ou un.

fragment suffisant d'utérus pour maintenir l'intégrité anatomo-physiologique de l'ovaire », enfin que « toute tentative de conservation est illégitime qui porte atteinte à l'équilibre physiologique du tout endocrinien utéro-ovarien par la dissociation de ses éléments constitutifs ».

Les diverses opérations conservatrices dans les annexites bilatérales.

Sans envisager les opérations ménageant la fonction de reproduction qui ne sont possibles que dans les annexites unilatérales ou tout au moins lorsque les annexes sont presque indemnes d'un côté, l'expérience a montré dans les annexites bilatérales la fréquence des lésions salpingo-ovariennes limitées, moins importantes d'un côté permettant les opérations conservatrices ménageant la fonction de menstruation.

Deux opérations permettent de ménager la fonction de menstruation :

- la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et des deux ovaires, d'un seul ovaire ou seulement d'un fragment d'ovaire ;
- l'opération de Beuttner ou hystérectomie fundique préconisée en France par Lecène et Gaudart d'Allaines qui modifièrent la technique de Beuttner.

Deux autres opérations ont été préconisées par divers auteurs dans les annexites bilatérales :

- l'opération conservant la corrélation ovarienne ;
- l'opération conservant l'utérus seul.

Nous étudierons d'abord ces deux dernières opérations.

Conservation de la corrélation ovarienne.

Depuis longtemps, nombre d'auteurs ont cherché à laisser en place un ovaire ou un fragment d'ovaire au cours de l'hystérectomie dans le but de conserver la sécrétion interne de la glande. Parmi eux, Jayle, Baumgartner, Robineau en France. A l'étranger : Hawkes, Dickinson, Ries et plus récemment A. F. Maxwell.

En 1931, Baron rapporte dans sa thèse les résultats obtenus chez 65 opérées de Robineau.

Tous ces auteurs estiment que les troubles vasomoteurs sont beaucoup moins importants que dans l'hystérectomie avec ablation des ovaires et, dit Maxwell, « si les troubles vasomoteurs apparaissent secondairement, c'est que l'ovaire s'est secondairement atrophié ». Polak, étudiant 300 cas d'hystérectomie pendant cinq ans au moins, conclut qu'il n'y a pas de différence sensible dans l'apparition des troubles ménopausiques entre les femmes auxquelles on a laissé un ovaire et celles qui ont subi la castration totale : l'ovaire ne survivrait pas au delà de deux ans. D'autre part, l'ovaire est susceptible de devenir le siège de complications.

Cette tendance à tenir pour presque inutile au point de vue physiologique la conservation d'un ovaire au cours de l'hystérectomie est actuellement celle de nombreux chirurgiens (Smith, Doléris, Graves, Tuffier, Mocquot), quoique l'appréciation des troubles chez les opérées soit bien difficile ; en l'absence d'un test précis, on est obligé de s'en rapporter aux sensations éprouvées par les malades : elles sont bien variables.

Mais, d'autre part, la conservation ovarienne au cours de l'hystérectomie peut être dangereuse. Après enquête, Vineberg conclut que : « les quelques avantages que peut présenter la conservation de l'ovaire sont largement contre-balancés par les risques qu'elle entraîne. Les dégénérescences kystique et néoplasique, les poussées inflammatoires, les phénomènes douloureux nécessitant des opérations secondaires sont fréquemment observés ».

La dégénérescence scléro-kystique est de toutes les complications de beaucoup la plus fréquente. Nous avons vu que les troubles dégénératifs étaient sous la dépendance non seulement de troubles circulatoires au niveau de l'ovaire, inévitables chez la femme lorsqu'on enlève l'utérus, mais également de la dissociation du tout endocrinien utéro-ovarien dont l'harmonie physiologique se trouve détruite.

Il est donc nécessaire de conserver l'utérus, tout au moins en partie, pour assurer l'intégrité anatomique et physiologique de l'ovaire.

Conservation de l'utérus après ovariectomie.

C'est l'opération de Lawson-Lait qu'ont tenté de réhabiliter en 1926 Villard, de Lyon, et ses élèves, Michon et Labry et qui a été surtout défendue plus récemment par Constantini, d'Alger, et son élève M^{lle} Brigol dans sa thèse.

Pour ces auteurs, dans les salpingo-ovarites doubles, la conservation de l'utérus seul ne présente pas de danger sérieux :

- l'éventualité d'une dégénérescence cancéreuse du col est rare ;
- les troubles inflammatoires dus à la conservation de l'utérus régressent après l'ablation des trompes.

Quant aux mauvais résultats, dans les salpingectomies bilatérales, ils seraient dus non aux lésions endométritiques mais aux lésions des ovaires conservés, à condition que l'utérus ne soit pas très altéré : « la responsabilité de l'ovaire est évidente dit M^{lle} Brigol, puisque, laissé seul après hystérectomie il devient le siège de douleurs et de poussées inflammatoires ».

Il ne faut pas, à notre avis, comparer la conservation de l'ovaire seul et celle de l'ovaire avec l'utérus puisque dans le premier cas, il y a suppression du cycle menstruel conservé dans le deuxième (nous avons vu la différence d'évolution de l'ovaire laissé seul ou avec l'utérus dans les nombreuses expériences réalisées chez l'animal).

M^{lle} Brigol et Constantini ajoutent que les métrorragies que l'on a pu voir persister dans certains cas « sont vraisemblablement attribuables à une lésion ovarienne » ou « à un trouble du fonctionnement ovarien provoquant au niveau de la muqueuse utérine des modifications anatomiques en imposant pour une endométrite ». Cette hypothèse reste à démontrer et il semble au moins aussi logique de rattacher ces métrorragies à l'utérus lui-même.

L'ovaire, disent enfin les auteurs, est souvent trouvé malade au cours des réinterventions. Ici les auteurs n'envisagent que les échecs des salpingectomies. En tout cas, même au cours de ces interventions, l'ovaire n'est pas toujours malade, et les auteurs s'abstiennent de données précises sur la fréquence de ces lésions ovariennes.

Certes, toutes les fois qu'on fait une opération conservatrice, il n'est pas douteux qu'on fait courir un risque à la malade et qu'on l'expose à une réintervention. Il semble très étonnant que seule la conservation de l'utérus ne l'expose pas à ce risque. Du moins si l'opérée court un risque, il faut qu'elle ait un avantage : cet avantage dans la salpingectomie bilatérale avec conservation d'un ovaire est la persistance du cycle menstruel.

Le cycle menstruel persiste-t-il dans la conservation de l'utérus seul ? Dans 30 à 40 % des cas, disent les auteurs, les femmes voient leur menstruation persister. Mais s'agit-il véritablement de menstruation ? Les règles ont-elles leur durée habituelle ? ont-elles bien

leur caractère de périodicité ? Persistent-elles ? Parfois disent les auteurs la menstruation ne se rétablit que temporairement.

En tout cas, la possibilité de menstruation sans ovaire paraît bien difficile à établir en l'état actuel des connaissances physiologiques : l'hypothèse de la suppléance des hormones ovariennes par d'autres glandes endocrines ne paraît guère soutenable, comme le pensent les auteurs, car cette suppléance s'établirait bien rarement.

M^{lle} Brigol pense qu'il s'agit plutôt, dans les cas où la menstruation s'observe après l'intervention, de persistance, malgré l'ovariectomie double, de tissu ovarien régénéré aux dépens des gonocytes primordiaux, beaucoup plus rarement d'ovaires surnuméraires exceptionnels chez la femme. Si l'on admet cette persistance de tissu ovarien, on sort de la donnée première, car du moment où il reste une quantité suffisante d'ovaire pour avoir des règles, on s'expose à tous les inconvénients reprochés à la conservation de l'ovaire par les auteurs.

Les opérations ménageant la fonction de menstruation.

Elles sont au nombre de deux ainsi que nous l'avons vu :

- la salpingectomie double avec conservation de l'utérus et d'une quantité suffisante de tissu ovarien ;
- l'hystérectomie fundique.

La plus anciennement connue est l'opération qui conserve avec l'utérus une quantité suffisante d'ovaire. Elle fut déjà pratiquée par Pozzi et Jayle. En 1904, Devarassoux en fit le sujet de sa thèse et relata les résultats obtenus dans quarante-deux cas : une opérée mourut de tuberculose trois mois après l'opération ; une autre subit un curettage deux mois et demi après ; trois autres avaient du subir des opératives pour persistance des douleurs. Les autres avaient obtenu une guérison parfaite ou satisfaisante : les règles étaient généralement indolores et régulières. Une seule fois elles étaient irrégulières. Une fois elles n'avaient reparu que sept mois après

l'opération. Les troubles d'insuffisance ovarienne furent rarement observés : sept malades présentèrent quelques troubles légers ; trois eurent des troubles de ménopause.

En 1905, Tuffier défendit cette même opération à la Société de Chirurgie en s'appuyant sur 32 opérations de malades opérées entre vingt et un et quarante et un ans dont deux cas de salpingite tuberculeuse. Les résultats immédiats furent presque toujours favorables : une malade mourut de septicémie tardive due à un épanchement de sang infecté du Douglas. Deux fois il fallut faire une colpotomie pour épanchement dans le Douglas. La convalescence fut plus longue qu'après l'hystérectomie. Les malades se plaignaient de quelques sensations douloureuses et de fatigue.

Tuffier étudia ensuite les résultats éloignés sur 15 malades revues après plus de trois mois : 3 ont dû être réopérées, dont une pour métrite fongueuse, les 2 autres pour salpingite tuberculeuse. Les autres malades ne souffraient plus ou éprouvaient seulement quelques douleurs à l'occasion de fatigue. Elles étaient aptes au travail ; leurs règles étaient indolores, régulières, de durée et d'abondance normale.

Legueu, par contre, se déclarait peu favorable à cette opération : sur dix cas dont il connaissait les résultats éloignés, les règles persistaient, il n'y avait pas de troubles de ménopause, la santé générale était bonne mais les troubles locaux avaient persisté : 3 malades se plaignaient encore de douleurs, une

autre revint pour un cancer du col, 3 autres avaient été réopérées pour douleurs et hémorragies. Dans deux cas seulement le résultat était parfait.

Jacobson a observé 2 récidives sur 51 opérations. Armand rapporte 7 cas avec 5 succès et 2 échecs. Convert cite 40 observations dues à Polloson et ses élèves : 32 ont un bon résultat, 6 sont améliorées, deux fois le résultat est mauvais : les malades n'ont pu reprendre leur travail en raison de la fatigue. Quelques malades se plaignent de dysménorrhée et de douleurs abdominales discrètes, 2 ont des troubles plus importants (douleurs, métrorragies). Beaucoup ont conservé une leucorrhée plus ou moins abondante. Le cycle menstruel est régulier et normal. Dans un seul cas l'auteur a constaté des troubles d'insuffisance ovarienne.

Sur 38 malades opérées par Thaler, 33 sont guéries et aptes au travail. Deux fois le résultat est médiocre (persistance de douleurs), deux fois il est mauvais : les malades étaient atteintes d'infection gonococcique.

Mocquot et de Rouville dans leur rapport : « Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes » relatent 14 cas de malades opérées : 12 ont été revues de trois mois à deux ans après l'opération : 8 sont guéries : elles travaillent, ne souffrent plus, ont une menstruation régulière ; quelques-unes ont un peu de leucorrhée : l'utérus est en général petit et mobile ; les 4 autres ont quelques troubles (douleurs du côté opposé à l'ovaire laissé,

règles abondantes, gros ovaire). L'une d'elles est traitée pour réinfection gonococcique.

Enfin, Labry dans sa thèse : « Des opérations conservatrices dans les Annexites bilatérales » publie 112 observations dont 13 cas de salpingectomie double avec conservation de tissu ovarien, suivis pendant plusieurs années après l'intervention. Sur les 13 opérées, l'une mourut 36 heures après l'opération après avoir présenté des signes d'hémorragie interne et de réaction péritonéale.

Dans un cas, le résultat fut mauvais, nécessitant une hystérectomie totale, six ans après la première intervention.

Dans deux cas le résultat fut médiocre : les règles sont irrégulières. Quelques signes d'insuffisance ovarienne se sont manifestés.

Dans les neuf autres cas les résultats furent bons : la menstruation conservée, les troubles de ménopause anticipée à peu près nuls.

La conservation de l'utérus avec greffe ovarienne a été préconisée depuis longtemps : la greffe pariétale est facilement extirpée si elle dégénère ou devient douloureuse au contraire de l'ovaire laissé en place qui nécessite une opération beaucoup plus délicate. Malheureusement, si le greffon assure la conservation ou la reprise après quelques mois du cycle menstruel, sa durée n'est pas très considérable.

Hystérectomie fundique de Beuttner-Lecène.

La caractéristique de cette opération réside dans l'ablation du fond de l'utérus, siège de prédilection de l'endométrite hyperplasique, et dans l'ablation des trompes dans leur totalité supprimant tout moignon tubaire amenant une guérison plus rapide de la métrite. La technique de cette opération est plus compliquée, plus délicate que celle de la salpingectomie double dont les résultats surtout éloignés paraissent aussi bons que ceux de l'hystérectomie fundique.

La salpingectomie double doit être réservée aux cas où l'utérus est sain ou très peu atteint. L'hystérectomie fundique aux cas où les lésions utérines sont plus importantes, aux cas où il existe de la métrite du fond, des déviations de l'organe (rétroversion, rétroflexion), le moignon utérin étant plus facile à redresser, alors que l'hystéropexie serait aléatoire.

L'hystérectomie fundique a donc permis d'étendre le domaine des opérations ménageant la fonction de menstruation aux dépens des opérations radicales. Elle ne doit pas être opposée à l'opération conservant l'utérus et un fragment d'ovaire : chacune a ses indications propres ; l'une s'adresse aux annexites bilatérales simples ; l'autre aux annexites associées à la métrite du fond, ou à la rétrodéviations de l'utérus.

Dans ce travail nous nous bornerons à étudier les

indications, la technique opératoire de l'opération conservant l'utérus avec un fragment suffisant de tissu ovarien et nous rapporterons les résultats obtenus par le professeur Mocquot chez les malades opérées dans ses services hospitaliers de Cochin et de Bichat.

Indications générales des opérations conservatrices.

Il est bien évident qu'aucune opération conservatrice ne vaut l'hystérectomie si l'on recherche la suppression des troubles dus à la maladie et avant tout la suppression des douleurs. La conservation de la fonction de menstruation ne va pas sans risques pour la malade.

Le taux de mortalité opératoire est légèrement en faveur des opérations conservatrices (1,65 % d'après Convert, alors qu'elle est de 2,15 % dans les opérations radicales). Mais le taux de mortalité est grevé pour les opérations conservatrices par les rechutes, l'inaptitude au travail due aux douleurs en cas d'échec, les opérations itératives. Seuls donc doivent compter dans les statistiques les résultats fonctionnels éloignés. Ces résultats éloignés sont très en faveur des opérations radicales. Frank Holtz donne 61 à 85,4 % de guérisons complètes et définitives pour les opérations conservatrices et 80,6 à 100 % dans les opérations radicales. Et Thaler de conclure que seule l'opération radicale est garante d'un résultat favorable durable. Segond disait en 1907 : « Une bonne

et solide guérison conférée par l'ablation totale vaut bien quelques bouffées de chaleur et quand une femme est assez malade pour avoir besoin d'une hystérectomie, je ne comprends pas qu'on hésite à la guérir d'un coup sans rien laisser qui la puisse exposer à la nécessité d'une autre opération.»

Mais avec le professeur Mocquot, nous pensons que l'on ne doit pas juger de la guérison uniquement sur la disparition des douleurs et des troubles dus à la maladie : les inconvénients de la ménopause prématurée ne doivent pas être comptés comme négligeables.

Or, que la menstruation agisse à la manière d'un exutoire indispensable à la désintoxication périodique de l'organisme ou qu'elle ne soit que le témoin de l'activité ovarienne, nombre d'auteurs pensent actuellement qu'il importe d'en sauvegarder la fonction si l'on veut ménager l'équilibre physiologique de la femme et empêcher l'apparition des troubles de la ménopause prématurée. Sans entrer dans le détail de ces troubles que nous avons déjà étudiés, nous rappellerons leur variété et leur intensité. Loin d'être transitoires, ils peuvent persister jusqu'à dix ans et plus et doivent être considérés comme très importants. Lecène et Gaudart d'Allaines écrivaient déjà en 1922 : « Tous ceux qui ont quelque expérience des opérations utéro-annexielles et qui revoient leurs opérées seront unanimes à reconnaître que les troubles somatiques causés par la castration chez les femmes âgées de moins de quarante-cinq ans sont d'une ex-

trême fréquence et très souvent gênants, voire même sérieux et diminuent notablement les malades qui les présentent. Dans nombre de cas, l'opothérapie post-opératoire échoue complètement quelle que soit la technique employée. »

Labry ajoutait dans sa thèse : « Sans doute après la castration, l'opérée est guérie mais au prix d'une mutilation, et ceci est très important car beaucoup d'opérées supportent mal l'idée d'une stérilité définitive, et beaucoup aussi considèrent comme une déchéance, comme une humiliation, la perte de leur sexualité. »

En somme, le problème était mal posé qui consistait à comparer les résultats bruts des opérations radicales et conservatrices. Il s'agissait plutôt de savoir si les avantages dus aux interventions conservatrices valent les risques réels qu'elles comportent. Les indications des deux opérations doivent être basées sur les résultats ainsi étudiés dans le détail.

Mocquot et de Rouville insistent d'ailleurs sur la difficulté essentielle qui existe entre les opérations ménageant la fonction de reproduction et celles qui conservent le cycle menstruel quant aux indications et aux résultats qu'on doit en attendre : « une femme jeune qui a le désir d'avoir des enfants, disent-ils, acceptera sans doute les risques que peut lui faire courir une opération conservatrice ; elle acceptera quelques douleurs, voire l'éventualité d'une opération ultérieure, si l'on peut lui donner en retour l'espoir de voir ses désirs réalisés. Il n'en est pas de même

lorsque nous ne pouvons conserver que la fonction de menstruation. Les avantages de cette opération sont certains et importants ; cependant l'intérêt qu'ils présentent pour la patiente n'est pas égal à celui que représente la conservation des espoirs de maternité. Nous avons donc le devoir de nous montrer plus difficile dans l'appréciation des résultats : pour que ces opérations soient légitimes, il faut qu'elles donnent une bonne guérison, solide, durable. »

Indications cliniques et étiologiques.

Il est bien évident que les opérations conservatrices n'ont leur raison d'être que pendant la période d'activité de la vie génitale ; après quarante ans, l'approche de la ménopause physiologique enlève tout intérêt à la conservation de la fonction de menstruation : les risques que court la malade ne sont plus contre-balancés par des avantages suffisants.

Les conditions sociales doivent toujours entrer en ligne de compte dans la discussion des indications d'une opération conservatrice. Pour beaucoup de femmes la possibilité de travailler prime toute autre considération et il est alors bien évident que seule l'opération radicale permettra dans ce cas presque à coup sûr une guérison rapide des douleurs et des troubles dus à la maladie : sans doute l'équilibre organique sera troublé par suite de la perte de la fonction de menstruation mais ces opérées ne souffriront plus et ne seront pas exposées à des rechutes.

Nature de l'infection causale : Comme l'ont montré Hartman et Morax en 1894, les possibilités de conservation dépendent en partie de la nature de l'infection.

L'infection gonococcique est la plus fréquente des

lésions inflammatoires des annexes. Fréquemment d'ailleurs il est difficile de faire la preuve des infections gonococciques, car il est impossible de retrouver le gonocoque dans les trompes lorsque les lésions sont refroidies depuis quelque temps et assez souvent elles s'associent à d'autres infections notamment colibacillaires, staphylococciques, pneumococciques. L'infection gonococcique occasionnant surtout des lésions des muqueuses, se prête peu aux interventions respectant la fonction génératrice. Par contre, elle ne contre-indique aucunement les opérations conservant la fonction de menstruation, d'autant plus qu'elle s'observe le plus souvent chez des femmes jeunes en pleine activité génitale.

L'infection puerpérale atteint surtout le péritoine et l'ovaire déterminant surtout, dans les formes les plus typiques, de la périsalpingite avec adhérences souvent larges. Elle se prête aux opérations conservant la menstruation et même la reproduction car à l'encontre du gonocoque, le streptocoque lèse peu les muqueuses.

Quant à l'infection tuberculeuse, plus rare, elle frappe comme le gonocoque la trompe et surtout la muqueuse. L'ovaire est également souvent atteint. Nous envisagerons plus loin la possibilité de conservation dans les salpingites tuberculeuses.

Indications cliniques.

Les opérations conservatrices répondent d'une part aux indications opératoires générales des annexites, d'autre part à des indications qui leur sont spéciales.

La douleur est presque toujours le symptôme qui amène les malades à réclamer l'intervention. Nombre d'auteurs avec J.-L. Faure accordent une grande importance à la douleur qu'ils attribuent à une lésion ovarienne : lorsqu'elle est nettement inter et préménstruelle, il semble qu'elle soit d'origine ovarienne et il paraît imprudent de conserver les ovaires. Dans les autres cas et lorsque les autres indications militent en faveur de l'opération conservatrice, il ne faut pas accorder à la douleur une importance trop grande, surtout si l'ovaire se montre normal à l'intervention : les opérations sur le sympathique sont d'ailleurs une arme contre la douleur et il faut savoir, comme l'a montré Cotte, que les opérations radicales elles-même n'apportent pas toujours la guérison complète dans les annexites très douloureuses.

Ces divers troubles des règles si fréquents au cours des salpingo-ovarites ne contre-indiquent pas les opérations conservatrices. Cependant l'existence de métrorragies irrégulières et abondantes doivent inciter à la prudence, et nombre de chirurgiens enlèvent dans ces cas les ovaires. Les métrorragies ont une cause double :

- hyperhémie de la muqueuse utérine enflammée ;
- altération ovarienne.

Comme il est impossible à l'œil nu de savoir lequel des deux ovaires exerce sur l'utérus cette influence pathologique, mieux vaut faire l'opération radicale (Thaler et Schmidt).

Lecène pense que la réduction de la substance ovarienne jointe à la résection partielle de l'utérus amène la guérison de ces métrorragies : ce serait là une des grandes indications de l'hystérectomie fundique.

La leucorrhée d'origine utérine avec pertes purulentes modérées est souvent améliorée par le traitement préopératoire et disparaît souvent après l'ablation des trompes, surtout si l'on a eu soin de pratiquer l'évidement de leur trajet intrapariétal. Seules les graves métrites purulentes avec utérus gros et douloureux sont une contre-indication à la conservation.

La constatation clinique d'une tuméfaction pelvienne uni ou bilatérale ne permet pas de tirer de conclusion en faveur de l'opération conservatrice ou radicale, sauf si l'utérus est bloqué : dans ce cas il est peu probable que la conservation puisse être tentée. Dans les autres cas la clinique et même les explorations paracliniques (radiolipiodol) ne peuvent permettre de savoir à coup sûr ce qui, dans ces tuméfactions, revient aux trompes ou aux ovaires. C'est seulement au moment de l'intervention que l'on pourra prendre une décision.

L'état de l'utérus : son volume, sa forme, sa position, sa mobilité, sa sensibilité qui seront précisés par un examen soigneux, sont des facteurs importants dans la décision à prendre. Si la résection partielle a élargi le domaine de la conservation, la conservation totale de l'utérus ne sera possible que s'il est sain ou peu altéré. La rétroversion adhérente ne se prête pas à la conservation, du moins totale de l'organe.

Enfin, l'intervention sur les annexes peut être rendue indispensable par des troubles abdominaux associés aux lésions annexielles : symptômes d'appendicite, troubles intestinaux attribuables à des brides ; c'est dans ces cas que les opérations conservatrices, voire même réparatrices trouvent leurs indications majeures.

Indications anatomiques des opérations conservatrices.

L'étude même minutieuse des symptômes et des examens paracliniques dans les annexites ne permet pas de poser à l'avance avec certitude l'indication de l'opération conservatrice : on ne peut qu'en faire entrevoir à la malade la possibilité sans l'affirmer car l'examen direct réserve souvent des surprises : le choix de l'opération sera fait seulement sur le vu des lésions.

Pour pouvoir envisager l'opération conservatrice, l'état du péritoine est primordial. Si la séreuse est très altérée, et qu'après l'ablation des trompes, il ne soit

pas possible de péritoniser convenablement l'excavation, mieux vaut ne pas tenter l'opération conservatrice : on s'exposerait à de mauvais résultats et même à des accidents. Par contre, si les adhérences sont laches, lamelleuses, s'il reste de larges lambeaux péritonéaux pour recouvrir les surfaces cruentées, la conservation est très possible.

L'état de ovaires, ou tout au moins de l'un d'eux, est très important. La suppuration, la sclérose de l'albuginée, l'existence d'adhérences étendues et solides amenant l'atrophie du parenchyme glandulaire, les ovaires gros et rouges, la dégénérescence kystique doivent entraîner l'ablation. La difficulté d'appréciation existe surtout pour les ovaires kystiques : il n'existe aucun moyen de distinguer d'emblée les diverses formations kystiques dont l'ovaire peut être le siège : c'est l'objection capitale que certains auteurs avec J.-L. Faure font à la conservation ovarienne et ce sont ces difficultés d'appréciation qui donnent au critérium clinique tiré de la douleur une grande importance dans les indications respectives des opérations radicales et conservatrices. Toutefois, il est rare que la dégénérescence kystique n'ait pas respecté un fragment d'ovaire, et l'on sait qu'il suffit d'une petite quantité de substance ovarienne bien vascularisée pour conserver la menstruation, voire même la possibilité de grossesse. D'autre part, l'expérience a montré que la conservation d'ovaires à petits kystes est sans inconvénients.

Au cours de l'intervention, c'est ensuite l'état de

l'utérus qu'il faut étudier : l'utérus dévié peut dans certains cas être redressé et fixé. Cependant nous avons vu qu'une rétroversion ou qu'une rétroflexion fixée est une contre-indication à la conservation de l'utérus, du moins en totalité.

Un utérus trop gros peut être réséqué. Par contre l'existence de grosses lésions de métrite parenchymateuse, de fibrome ou polype surajoutés, s'oppose à toute conservation.

L'état des trompes à également son importance : l'opération est indiquée dans les lésions tubaires bilatérales bien circonscrites, bien limitées à la trompe, sans réaction péritonéale importante, sans adhérences étendues et solides avec les organes voisins. Peu importe le contenu de la trompe, à condition que l'on opère sur des lésions bien refroidies.

En résumé, les conditions anatomiques fondamentales des opérations conservatrices sont les suivantes :

- Péritoine pas trop altéré.
- Utérus presque sain.
- Une quantité suffisante de tissu ovarien sain.

L'état des trompes a moins d'importance.

Traitement. Technique opératoire.

L'opération conservatrice ne doit être faite qu'au moment où un traitement médical suffisamment prolongé a amené le refroidissement complet des lésions et une apyrexie totale remontant à plusieurs semaines.

Au stade aigu il n'est d'autres indications dans les infections annexielles que la colpotomie et la laparotomie sous-péritonéale dans le cas de collection suppurée importante. Toute intervention abdominale conservatrice ou radicale en période aiguë doit être proscrite, contrairement à l'opinion de certains auteurs anglais.

A cette période aiguë, par le repos, l'application de glace sur l'abdomen, par la vaccinothérapie, les agents physiques, on fera rétrocéder les phénomènes inflammatoires et on obtiendra progressivement le refroidissement des lésions. La vaccination sera encore une précaution utile dans les jours précédant l'opération, même si les lésions sont refroidies : le pus n'y est pas toujours stérile et l'on peut y retrouver les germes de l'infection.

D'autre part, dans le cycle génital, le moment opportun pour l'opération se situe, comme l'ont montré

Mocquot et de Rouville, dans la semaine qui suit la période menstruelle : c'est ce moment qu'il faut choisir pour les interventions gynécologiques et pour les opérations conservatrices en particulier, afin d'éviter d'agir sur des organes en pleine activité sexuelle, donc congestionnés.

A l'incision médiane, certains auteurs préfèrent, surtout chez les malades jeunes l'incision courbe sus-pubienne dite de Pfannenstiel qui a l'avantage de donner une paroi très solide et de laisser une cicatrice presque invisible, donc esthétique.

L'opération doit être conduite avec précaution, douceur et minutie : les adhérences notamment ne seront pas rompues au doigt mais coupées au bistouri ou aux ciseaux. Les vaisseaux et nerfs de l'ovaire seront ménagés avec soin : la meilleure technique consiste à enlever la trompe en commençant par couper l'extrémité interne au galvano-cautère, puis à disséquer la trompe en pinçant à mesure les petites branches artérielles du mésosalpinx. On termine en décollant prudemment le pavillon, le plus souvent adhérent à l'ovaire : en procédant ainsi on ne touche pas au pédicule utéro-ovarien. Un fin surjet assure la péritonisation.

La façon de traiter la section des cornes utérines a également une grande importance sur l'évolution ultérieure de la métrite : l'extrémité interne des trompes doit être réséquée en coin, de préférence au galvano-cautère ou au bistouri électrique. Les moignons tubaires seront ensuite soigneusement enfouis.

Quant au drainage, Thaler le proscrit formellement et estime que l'opération conservatrice doit être rejetée chaque fois qu'il y a écoulement de pus hors des trompes. Mocquot, à la suite de succès opératoires obtenus dans ces conditions, ne pense pas que le drainage soit une contre-indication absolue à la conservation, à condition que ce drainage soit de courte durée, et qu'il soit limité au cul-de-sac de Douglas.

Les soins post-opératoires ont une importance qu'il ne faut pas négliger : ils doivent, autant que possible, être prolongés jusqu'après le retour des premières règles.

Les opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle.

Divers travaux ont montré que les opérations conservatrices appliquées aux annexites banales peuvent être indiquées dans le traitement de la tuberculose génitale.

Sans envisager la laparotomie simple qui est surtout indiquée dans les lésions péritonéales, nous n'étudierons que les indications et les résultats des interventions conservant l'utérus et un ovaire, ou une quantité suffisante d'ovaire. Pollosson estimait d'ailleurs que, bien souvent, seule cette opération conservatrice peut être envisagée par suite de la prédominance et de la gravité des lésions tubaires et de leur bilatéralité fréquente.

Olivier, en 1912, rapportait 22 cas d'opérations conservatrices : 4 avaient été suivis de mort rapide, 2 par péritonite, 2 dans les six mois suivants pour tuberculose pulmonaire. Les 18 autres malades avaient guéri. Parmi elles 5 avaient conservé seulement l'utérus. Les 13 opérations de conservation fonctionnelle avaient été suivies de résultats satisfaisants malgré la persistance de quelques douleurs ou d'empâtement,

d'une fistule dans un cas. Les règles étaient d'abondance sensiblement normale, souvent douloureuses. Toutes les malades avaient des pertes blanches.

Vautrin rapporta à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy 19 cas d'opérations conservatrices pour tuberculose annexielle bilatérale dont 14 guérisons et une seule récidue.

Dans sa thèse, Labry cite un cas d'abcès froid tubaire bilatéral, dans lequel l'opération conservatrice a été suivie d'excellents résultats.

D'autres auteurs ont rapporté des observations favorables aux opérations conservatrices : Grimault, Hartmann, Keppel, Barthélémy. Un assez grand nombre d'observations prouve que la guérison dans les opérations conservatrices est assez comparable à celle obtenue par les opérations radicales. Ces opérations sont donc parfaitement légitimes. Mais leurs indications restent extrêmement délicates. Il existe en effet souvent des adhérences étendues et solides unissant les trompes malades aux organes voisins et les bacilles de Koch persistent vivants pendant très longtemps dans les tissus.

Les opérations ne doivent être tentées que dans les formes localisées aux annexes : mais il est bien difficile d'apprécier l'intégrité de l'utérus, même au cours de l'intervention. Pour Patel et Olivier la conservation ne doit être tentée que dans deux conditions :

- s'il y a unilatéralité des lésions ;
- s'il y a tendance à la guérison.

La bilatéralité des lésions ne doit pourtant pas, d'après Mocquot, faire rejeter *a priori* la conservation : souvent en effet les opérations pour tuberculose annexielle sont pratiquées chez des femmes jeunes, voire même chez des jeunes filles et l'on comprend que la conservation de la menstruation constitue chez elle un avantage appréciable.

Ce qui importe avant tout, c'est que les lésions restent localisées aux trompes sans adhérences importantes avec les organes voisins.

L'ovaire est souvent et reste pendant assez longtemps indemne mais il est difficile d'apprécier ses lésions par le seul examen à l'œil nu.

Plus que l'examen clinique, c'est encore l'aspect anatomique des lésions qui dans la tuberculose annexielle fournira les indications les plus précises des opérations conservatrices : dans la forme granulique avec ascite sans grosse infiltration tuberculeuse des trompes, on sera autorisé à tenter la conservation de l'utérus et d'un ovaire de même que dans les salpingites nodulaires, parenchymateuses, voire dans les pyosalpinx tuberculeux, mais toujours à condition que les adhérences aux organes voisins ne soient pas trop importantes.

Quant à l'hydrosalpinx tuberculeux et à l'abcès froid tubaire, ils constituent les formes les plus favorables au traitement conservateur ; ces formes sont d'ailleurs fréquemment unilatérales et se prêtent alors à la castration unilatérale.

Au total, il n'existe aucun critérium permettant de

poser l'indication d'une opération conservatrice : le chirurgien n'enlevant pas la totalité des lésions tuberculeuses, il faut compter avec la défense naturelle de l'organisme secondée par le traitement médical. Aussi faut-il tenir compte dans la décision opératoire de l'évolution générale de l'affection. L'opération conservatrice ne semble légitime que dans les formes torpides, bien limitées, chez les malades dont l'état général est resté bon, formes qui en somme ont une tendance naturelle à la guérison. La tuberculose annexielle évoluant habituellement par poussées, il convient d'opérer pendant une période de rémission.

Par contre, dans les formes extensives, fébriles, avec atteinte de l'état général, seule l'opération radicale peut être envisagée.

Résultats opératoires.

OBSERVATION n° 1.

Cur... Julia, 29 ans, opérée le 4 février 1926. A l'intervention on trouve une volumineuse annexite gauche avec adhérences. On libère les adhérences au thermocautère et on enlève le bloc annexiel. Du côté droit la trompe est allongée et distendue, adhérente dans le fond de Douglas ; l'ovaire droit, sain en apparence, est conservé. On pratique un surjet sur le mésosalpinx et sur le ligament large.

La malade sort le 22 mars.

Elle est revue le 17 janvier 1929 pour métrorragies, leucorrhées entre les règles. Le toucher vaginal montre un utérus gros et douloureux : métrite parenchymateuse probable qu'on traite par le chlorure de zinc.

Le 17 mars 1934, la malade revient pour leucorrhée abondante. Les règles sont d'abondance normale régulières, s'accompagnant pendant toute leur durée de douleurs dans la fosse iliaque droite. L'utérus est encore gros et sensible. Le traitement au chlorure de zinc est poursuivi.

En résumé, persistance du cycle menstruel mais leucorrhées. Résultat incomplet.

OBSERVATION n° 2.

Ol... Jeanne, 33 ans, opérée le 8 mai 1926 pour double hydrosalpinx. Après laparotomie on ponctionne les deux poches kystiques dont on retire un liquide translucide, filant. On enlève les annexes gauches les plus altérées et la trompe droite tordue au moins deux fois sur son pédicule et adhérente à l'ovaire. L'ovaire droit est conservé. Surjet de péritonisation.

La malade sort le 29 mai.

Elle revient le 2 février 1929. Les règles apparues peu après l'intervention persistent régulières, d'abondance normale. Depuis janvier 1929, de petites hémorragies sont apparues entre les règles, accompagnées de quelques douleurs à gauche.

Toucher vaginal : l'utérus est normal. L'ovaire droit est perçu, gros comme une noix.

Le 10 avril 1935, la malade est revue : les règles sont régulières, peu abondantes, indolores. Pas de leucorrhée. Au toucher vaginal l'utérus est normal ; l'ovaire droit n'est plus perçu par le doigt.

Résultat excellent : à 42 ans, 9 ans après l'intervention, l'opérée est encore bien réglée.

OBSERVATION n° 3.

Car... Marie, 17 ans, opérée le 11 mai 1926 pour double salpingite parenchymateuse suppurée avec volumineux abcès de l'ovaire gauche. le petit bassin est comblé par deux grosses poches qu'on évacue : la poche gauche contient un liquide citrin, la droite un liquide brunâtre. Après l'évacuation il reste dans le fond une grosse poche

à parois épaisses provenant de l'ovaire gauche et dont la ponction retire 200 grammes environ d'un pus épais, fétide. La trompe droite est extirpée : on conserve l'ovaire droit en en réséquant une partie. On pratique l'ablation des annexes gauches, ablation rendue difficile par des adhérences serrées à la paroi et à l'intestin : on sectionne entre deux ligatures une bride de 4 à 5 centimètres du volume d'un crayon. L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'une double salpingite parenchymateuse suppurée et d'un volumineux abcès de l'ovaire.

La malade sort le 18 juin.

Malade revue le 18 juin 1934. Depuis son opération la santé est restée parfaite jusqu'en janvier 1934 : règles normales, régulières, indolores. L'opérée s'est mariée en janvier 1933. Depuis janvier 1934, des douleurs sont apparues dans le bas-ventre. Le toucher vaginal montre un utérus petit, peu mobile, et, en arrière et à droite, une petite tumeur du volume d'une amande, fixée et un peu douloureuse.

En mars 1935, l'état général de l'opérée est excellent, les douleurs hypogastriques ont disparu, les règles sont normales, régulières.

Résultat excellent chez une femme de 17 ans, revue neuf ans après l'opération, et qui présentait des lésions très importantes. On a pu conserver seulement un fragment de l'ovaire droit.

OBSERVATION n° 4.

Mo... Marie, 26 ans, opérée le 17 juin 1926 pour salpingo-ovarite bilatérale. Après laparotomie, les deux

trompes apparaissent distendues par du pus et entourées d'adhérences assez étendues. On libère et on enlève les annexes droites. A gauche, on enlève la trompe : en décollant le pavillon adhérent à l'ovaire on ouvre un petit abcès. On cautérise au thermo la surface suppurante de l'ovaire et on enfouit par un surjet.

La péritonisation est assez difficile.

La malade sort le 14 août. Elle est revue le 11 octobre 1926. Bon état général. Les règles sont régulières, d'abondance normale, un peu douloureuses. Pas de leucorrhée. Quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. Toucher vaginal : utérus normal ; l'ovaire gauche est encore un peu empâté.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 5.

Lef... Madeleine, 29 ans, opérée le 18 janvier 1927 pour annexite bilatérale. Après laparotomie, les trompes apparaissent tuméfiées, rouges, adhérentes dans le Douglas. Les annexes gauches sont enlevées ainsi que la trompe droite. On conserve l'ovaire droit.

La malade sort le 6 février 1927.

Le 21 mai 1929, seconde intervention conservatrice par le docteur Monod pour persistance des troubles douloureux et des métrorragies. On résèque l'ovaire droit, énorme, sclérokystique, libre. L'utérus petit, d'aspect sain, en bonne position, est conservé.

Le 30 novembre 1929, l'opérée revient pour douleurs abdominales, métrorragies fréquentes, abondantes, douloureuses. Un examen, pratiqué le 27 novembre 1930, montre l'utérus en bonne position.

Mais devant la persistance des troubles on pratique, le 26 décembre 1930, une hystérectomie totale.

La malade a été revue le 9 mai 1935. Elle se plaint de fatigue, de céphalée, associées à un certain degré d'embonpoint. Les douleurs abdominales ont cessé.

Echec.

OBSERVATION n° 6.

Cin... Camille, 22 ans, opérée le 21 février 1927 pour annexite bilatérale. A l'intervention, les trompes sont fermées, les ovaires entourés d'adhérences ont leur albuginée épaissie. On enlève la trompe gauche ; l'ovaire gauche libéré est conservé. Les annexes droites sont enlevées. Surjet de péritonisation.

La malade est décédée, le 24 février 1927, d'accidents péritonéaux aigus dont la cause est restée incertaine (on avait versé de l'huile camphrée dans le péritoine : peut-être cette huile a-t-elle été cause d'infection).

Echec chez un malade à état général probablement déficient.

OBSERVATION n° 7.

Bil... Denise, 18 ans, opérée le 14 mars 1927. Après laparotomie on trouve : une grosse annexite droite : les annexes sont enlevées. A gauche, la trompe bouchée est enlevée, l'ovaire sain est conservé. Surjet de péritonisation. L'examen de la pièce a montré un kyste hémattique et un abcès de l'ovaire droit, un abcès de la trompe.

Malade sortie le 1^{er} avril 1927.

OBSERVATION n° 8.

M^{me} Feu..., 26 ans, opérée le 23 novembre 1927. A l'intervention les annexes et l'utérus apparaissent entourés d'adhérences vélamenteuses, les deux trompes sont adhérentes dans le Douglas. On libère et on enlève les annexes droites très altérées. La trompe gauche est enlevée, l'ovaire gauche conservé. Le péritoine pelvien est très altéré. On fait un point de surjet sur les tranches ligamenteuses des deux côtés. Sortie le 11 décembre 1927.

L'opérée a été revue le 9 mai 1935. Le résultat est excellent, la malade n'a ni douleurs ni leucorrhée. Les règles sont régulières, assez abondantes, s'accompagnant à leur début de quelques bouffées de chaleur. Embonpoint de 10 kilos. Utérus normal. L'ovaire restant n'est pas perceptible.

Résultat parfait malgré l'importance des lésions. Quelques petits signes d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION n° 9.

M^{me} Gui..., 35 ans, opérée, le 30 novembre 1927, pour salpingite bilatérale avec adhérences épiploïques et intestinales. En libérant l'intestin, on ouvre la poche tubaire d'où s'échappe du pus.

On enlève les annexes droites (salpingite suppurée). A gauche, on enlève la trompe et on conserve l'ovaire contenant des kystes séreux. L'appendice très altéré, adhérent à la trompe, est également enlevé.

La zone d'adhérence du grêle est enfouie, les ligaments larges péritonisés.

Colpotomie dans la semaine qui a suivi l'opération.
Sortie le 17 janvier 1928.

Le 5 mai 1928, la malade revient pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, l'utérus et en bonne position. Il semble qu'on perçoive l'ovaire.

Le 26 novembre 1928, hystérectomie totale pour persistance des troubles.

9 mai 1935, la malade se plaint de fatigue, céphalée.

Echec chez une malade porteuse de lésions très importantes.

OBSERVATION n° 10.

M^{me} Gh..., 33 ans, opérée le 16 décembre 1927. Après laparotomie on découvre à gauche un volumineux pyosalpinx, du volume d'une orange, très adhérent à tous les organes voisins. On l'évacue et on retire 50 grammes environ d'un pus épais. On enlève les annexes gauches après dissection du côlon pelvien très adhérent. A droite la trompe est bouchée et distendue par un liquide clair, l'ovaire en assez bon état : la trompe seule est enlevée ; surjet sur le ligament large. A gauche la péritonisation ne peut être faite que partiellement. On laisse un drain dans le Douglas.

Sortie le 7 janvier 1928.

OBSERVATION n° 11.

Sic... Marie, 26 ans, opérée le 23 janvier 1928 pour annexite double avec adhérences très étendues, épanchement séreux enkysté à gauche. On enlève la trompe gauche distendue par un hydrosalpinx ; l'ovaire gauche

en assez mauvais état, recouvert d'adhérences est cependant conservé. Les annexes droites sont enlevées : de ce côté pyosalpinx. Un drain est placé dans le Douglas.

Sortie le 12 février 1928.

16 mars 1928 : cicatrices pelviennes et cutanées encore un peu dures et douloureuses.

Règles conservées.

OBSERVATION n° 12.

M^{me} Des..., 26 ans, opérée le 30 janvier 1928. A l'intervention, on trouve à gauche un pyosalpinx : les annexes sont enlevées. A droite : salpingite adhérente ; on enlève seulement la trompe ; l'ovaire est conservé. On place un drain dans le Douglas.

Sortie le 25 février 1928.

Revue le 3 septembre 1928, la malade a un bon état général. Règles normales.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION n° 13.

M^{me} Ch..., 31 ans, opérée le 1^{er} février 1928. Après laparotomie on trouve un peu de sang dans l'abdomen et des caillots accumulés dans le Douglas. Les deux trompes sont distendues et remplies de sang : la gauche est du volume d'une prune, la droite du volume d'une orange. On enlève la trompe gauche ; l'ovaire est conservé malgré la présence de petits kystes. La trompe droite est également enlevée ; l'ovaire assez bon est conservé. Ablation d'une frange épiploïque adhérente et des caillots pel-

viens. les mésosalpinx sont péritonisés. On place un drain dans le Douglas.

La malade sort le 15 février 1928.

Elle revient le 24 mars 1928, se plaignant de douleurs lombaires et de pertes banches.

Toucher vaginal : utérus un peu gros.

OBSERVATION n° 14.

Gil... Joséphine, 24 ans, opérée le 29 février 1928 pour salpingite kystique bilatérale. A l'intervention on trouve à gauche un ovaire kystique enfoui sous des adhérences. A droite l'ovaire a son albuginée épaissie mais est assez libre. On pratique l'ablation des annexes gauches avec une frange épiploïque adhérente, ainsi que celle de la trompe droite. Surjet de péritonisation.

Sortie le 2 avril 1928.

OBSERVATION n° 15.

M^{me} Ph..., 32 ans, opérée le 22 février 1929. Après laparotomie, l'utérus et les annexes apparaissent entourés d'adhérences vélamenteuses. A gauche la trompe distendue est enlevée : on laisse l'ovaire. A droite au cours de la libération et de l'ablation des annexes, le pyosalpinx se rompt. Les trompes sont coupées en coin sur les cornes utérines. Surjet de péritonisation sur le ligament large ; on place un drain dans le Douglas.

Sortie le 11 avril 1929.

OBSERVATION n° 16.

M^{me} Ab..., 30 ans, opérée le 21 mars 1930. Après laparotomie on trouve à droite une poche kystique à parois minces développée dans la partie supérieure du ligament large. L'ovaire est kystique, la trompe bouchée : on dissèque la trompe kystique et on enlève les annexes droites.

A gauche la trompe bouchée est enlevée. L'ovaire valable est conservé. Les ligaments larges sont péritonisés.

Sortie le 8 avril 1930.

Revue le 9 mai 1935, la malade depuis l'intervention ne souffre plus, les règles sont régulières, assez douloureuses, durant deux à trois jours. Elles sont réapparues dès après l'opération. La malade avait pris 10 kilos après l'intervention mais a maigri par la suite sans suivre de traitement spécial. Elle n'accuse ni bouffées de chaleur ni céphalée et n'a pas de leucorrhée.

Toucher vaginal : utérus normal, mobile. L'ovaire gauche n'est pas perceptible.

Résultat excellent.

OBSERVATION n° 17.

M^{me} Ch..., 36 ans, opérée le 30 avril 1930. A l'intervention on découvre à gauche un très gros kyste d'origine ovarienne d'où la ponction retire 3 litres de liquide brun hématique. La poche adhère à la paroi, au grêle, au côlon. On sectionne les adhérences puis la trompe après ligature du pédicule interne. On décolle les adhérences solides à la face postérieure du ligament large, puis on isole et on fait la ligature du pédicule utéro-ovarien.

A droite l'ovaire sain est conservé. La trompe est allongée, fermée au pavillon, à contenu hématique : elle est enlevée. Péritonisation. Le péritoine pariétal est en assez mauvais état.

Sortie le 10 juillet 1930.

Malade revue le 11 août 1930. L'utérus est normal, le petit bassin souple. L'ovaire droit n'est plus perceptible.

Règles normales.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 18.

M^{me} Mes... Catherine, 22 ans, opérée le 23 juin 1930. A l'intervention les annexes apparaissent entourées d'adhérences des deux côtés. A droite la trompe est tuméfiée, bouchée, l'ovaire est gros.

On enlève les annexes gauches et la trompe droite ; l'utérus, petit, est laissé. Péritonisation.

Sortie le 10 juillet.

OBSERVATION n° 19.

M^{me} Car..., 18 ans, opérée le 2 janvier 1931. Après laparatomie, on enlève avec difficulté un gros pyosalpinx droit très adhérent dans le fond du Douglas, à l'intestin et à l'épiploon. L'ovaire droit en assez bon état est conservé. A gauche l'ovaire est kystique, la trompe paraît atrophiée : on enlève les annexes gauches. Le Douglas est fortement dépéritonisé mais ne saigne pas. On ne laisse pas de drain.

Sortie le 25 janvier 1931.

OBSERVATION n° 20.

Ma... Suzanne, 20 ans, opérée le 27 octobre 1931 pour annexite bilatérale. A l'intervention, les annexes gauches apparaissent plus malades que les droites. On pratique à droite une salpingectomie rétrograde. On enlève ensuite l'ovaire et la trompe gauche adhérente à l'intestin (du pus s'écoule de la trompe dans le Douglas). On place dans le Douglas une mèche en caoutchouc ondulé et deux compresses à cause du suintement des adhérences.

Le 28 mars 1933, la malade subit une seconde intervention pour persistance des troubles douloureux et des leucorrhées. Après laparotomie on constate que l'utérus est gros et mou, avec quelques adhérences au côlon pelvien ; l'ovaire droit est normal. On pratique une hystérectomie totale et on place un drain dans le Douglas.

Sortie le 16 avril 1933.

OBSERVATION n° 21.

M^{me} Mon..., 31 ans, opérée le 22 avril 1932 pour annexite bilatérale prolabée dans le Douglas avec nombreuses adhérences molles. On libère les annexes gauches qui sont les plus malades. La trompe droite est enlevée ; on conserve l'ovaire droit. Surjet sur le ligament large. On place un drain dans le Douglas à cause du suintement sanguin de la zone d'adhérence.

Sortie le 14 mai.

Malade revue le 23 octobre 1932. Les règles sont très abondantes, apparues dès après l'opération et survenant toutes les trois semaines. Métrite cervicale.

Le 2 mai 1935, les règles surviennent toujours à trois semaines d'intervalle, abondantes, douloureuses. Entre les règles l'opérée ne souffre pas. Elle a quelques pertes blanches peu abondantes, quelques bouffées de chaleur. Pas d'embonpoint.

En janvier 1935, la malade a eu une crise douloureuse abdominale traitée par le repos et l'application de glace qui ont amené la résolution des troubles : actuellement, depuis cette crise, les règles sont mensuelles, non douloureuses.

A l'examen l'utérus est normal, le col est un peu gros, le cul-de-sac vaginal droit moins souple est sensible.

OBSERVATION n° 22.

M^{me} Mor..., 26 ans, opérée le 31 janvier 1934. Après laparotomie on trouve un peu de liquide dans le péritoine. Les deux trompes sont tuméfiées, entourées d'adhérences vélamenteuses. Les deux pavillons sont entourés d'adhérences et presque oblitérés.

On enlève les annexes droites (ovaire droit gros et adhérent). On enlève ensuite la trompe gauche. L'ovaire gauche d'aspect à peu près normal est conservé.

Sortie le 21 février 1934.

Le 13 mars 1934, règles très abondantes et douloureuses. Au toucher vaginal l'utérus est petit, normal. Le petit bassin est souple.

Le 10 mai 1935, les règles sont régulières, assez abondantes, indolores, alors qu'elles étaient irrégulières et douloureuses avant l'opération. Pas de leucorrhée ni de bouffées de chaleur. Pas d'embonpoint. Santé excellente.

Toucher vaginal : utérus normal ; on ne sent pas l'ovaire gauche.

OBSERVATION n° 23.

Per..., 28 ans, opérée le 14 février 1934 pour salpingite bilatérale.

A l'intervention, les deux trompes apparaissent épaissies et oblitérées, entourées d'adhérences.

On libère les annexes droites : seule la trompe est enlevée ; l'ovaire paraissant à peu près sain est conservé. Les annexes gauches sont plus altérées ; il existe des adhérences étendues qu'on enlève. Les moignons des trompes sont réséqués au galvanocautère. Surjet sur les ligaments larges.

Sortie le 1^{er} mars 1934.

Le 21 juillet 1934, l'opérée revient pour des métrorragies survenues depuis les dernières règles. Au toucher vaginal l'utérus est un peu gros et peu mobile. On prescrit simplement des injections d'eau salée.

Le 10 mai 1935, l'opérée est revue en excellente santé. Les règles sont régulières, durent quatre jours, sont un peu douloureuses le premier jour comme avant l'opération. Il n'y a pas de leucorrhée ; quelques bouffées de chaleur mais pas d'embonpoint. Toucher vaginal : utérus petit, mobile ; petit bassin souple. L'ovaire droit n'est pas perçu par le doigt.

OBSERVATION n° 24.

M^{me} Emp..., 21 ans, opérée le 16 février 1934. Après laparotomie, l'utérus apparaît de volume normal. Les

deux trompes sont dilatées, allongées et sinueuses, unies par quelques adhérences à la face postérieure du ligament large.

Les annexes droites sont enlevées. Puis après avoir vidé de son contenu séro-purulent la trompe gauche on l'enlève ; au cours de la dissection des adhérences du pavillon, il s'échappe cependant du pus dans le Douglas. L'ovaire gauche est conservé (ovaire petit et en partie kystique). Les trompes sont sectionnées au galvanocautère au ras des cornes. Surjet de péritonisation sur les ligaments larges (un surjet supplémentaire sur la face postérieure du ligament large gauche fortement dépéritonisé a été rendu nécessaire).

Sortie le 4 mars 1934.

OBSERVATION n° 25.

Co... Eugénie, 20 ans, opérée le 14 mars 1934. Après laparotomie, l'utérus et les annexes apparaissent entourés d'adhérences ; l'espace rétro-utérin est comblé. Les annexes droites, les plus altérées sont enlevées (ovaire kystique, trompe bouchée et entourée d'adhérences). Ablation de la trompe gauche et conservation de l'ovaire.

Malgré le mauvais état du péritoine à la face postérieure de l'utérus, on tente la conservation en libérant les adhérences avec le rectum et le cœcum qui plonge dans le pelvis. L'appendice tuméfié, tortillé, entouré de reliquats d'abcès est enlevé. Section du péritoine fort altéré. Lame de caoutchouc dans le Douglas. L'épiploon est ramené au devant de l'intestin.

Sortie le 4 avril 1934.

OBSERVATION n° 26.

Mat... Pâquerette, 24 ans, opérée le 23 mai 1934 pour salpingo-ovarite double. Abscès des deux ovaires. A l'intervention, deux tumeurs annexielles remplissent le bassin en arrière de l'utérus.

A droite toute conservation est impossible. L'ovaire est du volume d'une mandarine et contient un abcès vidé par ponction : ablation totale des annexes.

A gauche l'ovaire moins gros paraît kystique : on évacue d'abord un kyste séreux, puis une autre cavité contenant du pus. On résèque la portion de l'ovaire contenant le kyste et l'abcès et il reste encore un peu de substance ovarienne près du hile. Surjet hémostatique de l'ovaire. Section des moignons de trompe au galvanocautère suivie d'enfouissement. Surjet sur les ligaments larges. Une lame de caoutchouc dans le Douglas fortement dépéritonisé.

Sortie le 12 juin.

Le 24 mai 1935, les règles, qui ont reparu un mois après l'intervention, sont assez irrégulières et douloureuses durant quatre à cinq jours. Depuis l'opération, la malade n'est pas restée plus de deux mois sans menstruation alors qu'auparavant elle restait jusqu'à six mois. Elle travaille mais se fatigue assez rapidement. Quelques leucorrhées. Rarement bouffées de chaleur.

Le 20 décembre 1935 très bon état général. Règles un peu trop fréquentes.

Excellent résultat chez une femme jeune, malgré des lésions très importantes et la nécessité d'un drainage.

Résultats opératoires dans les salpingites tuberculeuses.

Gué... Paule, 14 ans, opérée le 16 mars 1926 pour salpingo-ovarite fistuleuse très probablement tuberculeuse.

Après laparotomie, on enlève la trompe gauche. L'ovaire gauche, volumineux, adhérent à la face postérieure du ligament large, est conservé.

A droite, grosse masse annexielle qu'on libère difficilement. On coupe le trajet fistuleux. On laisse un drain dans le Douglas.

Sortie le 18 avril.

L'opérée est revue le 26 février 1928 considérablement amaigrie. Fièvre hectique. Il existe deux fistules tuberculeuses. Les règles, après un certain temps d'arrêt, sont revenues.

Mal... Berthe, 27 ans, opérée le 9 novembre 1926 pour double pyosalpinx probablement tuberculeux.

A l'intervention, on trouve une volumineuse poche kystique séreuse autour des annexes gauches qu'on vide par ponction. Les annexes gauches sont libérées : la trompe, fermée et distendue, est enlevée ; l'ovaire valable est conservé.

On libère ensuite les annexes droites adhérentes dans le Douglas : la masse formée par la trompe et l'ovaire est enlevée. Surjet de péritonisation des deux côtés.

Examen de la pièce : double pyosalpinx ne présentant pas extérieurement de signe de lésion tuberculeuse mais contenant des débris caséeux.

Sortie le 16 décembre.

Le 9 avril 1929, l'opérée est revenue pour troubles urinaires : pollakiurie, urines troubles. Au toucher vaginal : on sent l'ovaire gauche qui a le volume d'une noix. L'utérus est petit. La malade est envoyée à Necker où elle est opérée la même année pour tuberculose rénale droite (néphrectomie).

Le 10 mai 1935 elle est revue en excellente santé. Elle est très bien réglée, à part quelques pertes blanches. Peut travailler. Toucher vaginal : col souple. Les culs-de-sac sont sensibles.

Pail... Blanche, 31 ans, opérée le 18 décembre 1926 pour annexite bilatérale probablement tuberculeuse. (Pleurite en 1922. Mari décédé en 1928 de tuberculose pulmonaire.)

Après laparotomie, l'utérus apparaît petit. Des deux côtés les annexes sont entourées d'adhérences. La trompe gauche, fermée et distendue, est enlevée ; l'ovaire est conservé.

Les annexes droites sont enlevées : on ne constate pas de granulations tuberculeuses. Péritonisation.

Sortie le 15 janvier 1927.

Le 25 février 1928, l'opérée est revue pour douleurs abdominales. Elle est bien réglée. Toucher vaginal : tumeur dans le cul-de-sac gauche. Contracture à droite de l'ombilic. Traitement par rayons ultra-violets.

Le 31 mars 1928, amélioration mais amaigrissement. Toucher vaginal : rien d'anormal dans le petit bassin. Utérus mobile. Induration à droite et à gauche de l'ombilic (epiploïte probable).

En 1931, la malade revient pour douleurs abdominales et pertes blanches abondantes. Règles normales. L'exa-

men montre la persistance de l'induration péri-ombilicale, et au toucher vaginal : l'utérus apparaît petit, mobile. On constate à gauche dans le cul-de-sac une petite masse douloureuse.

Avril 1932. Métrorragie de trois jours, peu abondante, de sang clair avec débris de muqueuse utérine. Il n'y a pas eu de retard de règles.

Toucher vaginal : tumeur de l'ovaire gauche du volume d'une mandarine.

Le 13 mai 1932. Intervention itérative : on ne constate aucune adhérence dans l'abdomen, mais à gauche, dans le pelvis, une tumeur kystique adhérente formée de plusieurs poches à contenu séreux, à parois minces, avec, de place en place, des épaisissements fibreux, durs. On pratique une hystérectomie totale à l'américaine.

La malade est envoyée à sa sortie dans un sanatorium et revue le 11 février 1933 en bonne santé (a repris 8 kgr). Elle se plaint encore de quelques douleurs abdominales. A la palpation de l'abdomen on a la sensation d'induration, de gâteaux épiploïques.

Le 12 avril 1935 : état général satisfaisant malgré un métier fatigant. Quelques douleurs abdominales et troubles digestifs légers.

Echec.

Ant... Madeleine, 21 ans, opérée le 10 février 1932 pour annexite bilatérale probablement tuberculeuse.

A l'intervention, les deux trompes apparaissent obli-térées, entourées d'adhérences vélamenteuses.

Les annexes gauches plus altérées sont enlevées (trompe volumineuse, ovaire kystique).

A droite la trompe fermée est enlevée. L'ovaire valable

est conservé. L'utérus est petit. Les lésions sont probablement tuberculeuses (agglutination d'anses grêles, granulations sur le mésentère).

Sortie le 17 mars 1932.

*
* *

En résumé, l'étude des résultats des 30 opérations conservatrices pratiquées dans les services du professeur Mocquot depuis 1925 nous fournissent les renseignements suivants :

Annexites banales non spécifiques : 26 cas.

Résultats immédiats : 1 cas de mort post-opératoire par accidents péritonéaux.

Huit opérées ont été perdues de vue après leur sortie de l'hôpital.

Dans trois cas une opération itérative a été nécessaire :

- dans le premier cas, deux ans après la première intervention pour persistance des douleurs et leucorrhées dues à une métrite parenchymateuse ;
- dans le deuxième cas, un an après, pour persistance des douleurs ;
- dans le troisième cas, deux ans après, pour persistance des douleurs, métrorragies et dégénérescence kystique de l'ovaire.

Dans 12 cas, l'opération a été suivie d'un bon résul-

tat : ces opérées dont certaines ont été suivies pendant dix ans n'accusent pas d'autres troubles que quelques pertes blanches. Il faut d'ailleurs insister sur le fait que la guérison n'a été obtenue dans plusieurs cas qu'après plusieurs mois de traitement de la métrite.

Dans 2 cas, les résultats sont incomplets : persistance de quelques douleurs, surtout au moment des règles, et de leucorrhée : dans les 2 cas, les troubles ne vont pas jusqu'à empêcher les opérées de travailler. Au nombre des échecs, il est difficile de faire la part qui revient aux réinfections.

Annexites tuberculeuses : 4 cas. Résultats éloignés :

Dans le premier cas, l'opérée a été revue deux ans après l'intervention : elle présentait alors deux fistules tuberculeuses dans la région hypogastrique ; son état général était mauvais. Elle n'a pas été revue depuis.

Dans le deuxième cas, le résultat a été excellent.

Dans le troisième cas, une intervention itérative a été nécessaire pour douleurs, leucorrhées et tumeur de l'ovaire conservé.

La quatrième opérée n'a pas été revue depuis l'opération.

Conclusions.

1° Dans le traitement chirurgical des annexites bilatérales, la conservation de l'utérus et d'un ovaire ou d'une quantité suffisante de tissu ovarien paraît une bonne opération à condition d'en préciser convenablement les indications. Elle a le mérite d'être plus simple que l'hystérectomie fundique.

2° Les indications étiologiques et cliniques, quelle que soit leur importance, ne peuvent que faire entrevoir la possibilité de conservation : seule la laparotomie qui permet d'apprécier le degré exact des lésions permet d'en poser l'indication formelle.

3° L'opération conservatrice est indiquée :

- dans les lésions tubaires bilatérales, circonscrites, limitées aux trompes, sans adhérences trop étendues.
- Il est rare que l'un des ovaires ne puisse être conservé en totalité ou en partie.
- L'état de l'utérus est très important : il ne doit être conservé en entier que s'il est sain ou très peu atteint.

En cas de métrite parenchymateuse ou de position vicieuse, il est préférable de recourir à l'hystérectomie fundique.

4° Les résultats satisfaisants s'observent dans la proportion de 65 à 80 % des cas (68 % dans la statistique du P^r Mocquot).

5° S'il est indéniable que les opérées s'exposent à la persistance de quelques douleurs ou leucorrhées, voire dans quelques cas aux risques d'interventions itératives, même dans les cas convenablement choisis, ces risques sont à notre avis largement compensés par les avantages dus à la conservation de la fonction menstruelle.

Vu : le Président de la thèse
MOCQUOT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANCEL et BOUIN. — Fonction du corps jaune (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 1909).
- ARMAND. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites (Thèse Lyon, 1911).
- BARON (F.). — De la conservation ovarienne dans les hystérectomies et ses résultats Thèse Paris, 1931).
- BEUTTNER. — Opér. dans les cas d'inflammation chronique des Annexes (Communication au Congrès international des Sciences Médicales de Londres, 1913).
- L'excision fundique transversale de l'utérus (*Archiv f. gynäkologie*, 1922).
- BRIGOL (M^{lle}). — De la conser. de l'utérus dans le traitement opératoire des affections annexielles bilatérales (Thèse Alger, 1934).
- CIRIO et MURRAY. — Greffes endomyométriales (*Gyn. et Obst.*, février et mars 1936).
- CONVERT. — Les opérations conser. dans les salpingo-ovarites (Thèse Lyon, 1914).
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'app. génital de la femme (Masson, 1928).
- *Gyn. et Obst.*, janvier 1934.
- DAISACE. — Castration ovarienne et troubles du Métab. minéral (Thèse Paris, 1926).

- DEBRAY (J.-R.). — Contribution à l'étude des suites éloignées de l'hystérectomie (Thèse Paris, 1934).
- DELBET. — Conser. des ov. dans l'hystérectomie (*Soc. d'Obs., Gyn. et Pédiatrie*, 8 juillet 1907).
- DESMAREST et RELIER. — De la conserv. des trompes et des ovaires dans le traitement chirurgical des fibromes utérins (*Gyn. et Obst.*, janvier 1936).
- DEVOUASSOUX. — De la conserv. de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double (Thèse Paris, 1904).
- DOLERIS. — Conserv. des ovaires dans l'hystérectomie (*Soc. d'Obs., Gyn. et Pédiatrie*, 15 avril 1907).
- EGON ERVIN WINTER. — Über das anatomische und funktionelle Verhalten der Eierstoke nach Uterus Extirpation (*Archiv für Gynäkologie*, tome 150, fasc. III, page 602).
- FAURE (J.-L.). — L'hystérectomie (*Indications et Technique*, Paris, 1906).
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, dans le *Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet*.
- GAUDART d'ALLAINES. — L'hystérectomie fundique (Thèse Paris, 1926).
- GRAMMATIKATI. — Des phénomènes cliniques observés chez les femmes après l'ablation des différentes parties de l'appareil sexuel (*Vratch*, 3 janvier 1891).
- GRAVES. — Fonction ovarienne (*Surg., Gyn. et Obst.*, sept. 1907).
- JAYLE. — De l'état de la femme après la castration ovarienne, utéro-ov. ou utérine simple (Acad. de Méd., 3 mai 1896).
- KROSS. — Dégénérescence des ovaires conservés après hystérectomie chez les rats (*The Amer. J. of Obst. and Gyn.*, oct. 1922).

- LABRY. — Des opérations conservatrices dans les Annexites bilatérales (Thèse Lyon, 1921).
- LABRY et VILLARD. — *Paris Médical*, 1928.
- LECÈNE et GAUDART d'ALLAINES. — Résultats éloignés de l'hystérectomie fundique (*J. de Chir.*, juin 1924).
- LEGUEU. — Discussion sur la conservation des ovaires dans l'hystérectomie (*Soc. d'Obst., Gyn. et Pédiatrie*, 15 avril 1907).
- MANDL et BUEGER. — Die biologische Bedeutung der Eierstocke nach Entfernung der Gebärmutter (Vienne, 1904).
- MAXWELL (M^{me} A.-F.). — Fate and Function of the ovaries hysterectomy (*Jour. Am. Méd. Ass.*, Chicago, 1924).
- MOCQUOT et ROUVILLE (de). — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (Rapp. au Congrès de Chir. de 1926).
- MOCQUOT. — Du traitement des salpingites (*Soc. de Chir.*, 13 avril 1932).
- MORRIS et VOGT. — Relation of Endometrium to ovarian function (*Sur. Gyn. and Obst.*, janvier 1924).
- OLIVIER. — Le traitement de la tuberculose annexielle (Thèse Lyon, 1912).
- PATEL. — Abscès froids tubaires (Communication à la Soc. de Ch. de Lyon, 1920).
- POLAK. — The end results when hysterectomy has been done and an ovary left (*Surg. Gyn. and Obst.*, juillet 1911).
- ROUFFART. — L'ovaire laissé *in situ* après hystérectomie (Communication à la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1921.).
- ROUVILLE (de). — A propos de neuf observations d'autogreffes ovariennes humaines (*Arch. mens. de Gyn. et Obst.*, Février 1914).

TUFFIER. — Opérations conservatrices sur l'utérus. Inclusion d'un ovaire (*Bul. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1925).

TUFFIER et MAUTÉ. — Accidents de la ménopause artificielle. Essai de pathogénie (*Presse médicale*, 23 nov. 1912).

VANVERTS. — Doit-on le dire ? (*Gyn. et Obst.*, 1925).

— Deux cas d'opérations conserv. dans la tuberculose annexielle (*Bul. de Soc. de Gyn. et Obst.*, 1925).

VINEBERG. — Cystic. Degeneration of ovary left after hysterectomy (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1915).

WATRIN et BRABANT. — *Archives de Biologie*, 1932.

